

Met vallen en opstaan: alcohol aanpakken op de spoed

David Möbius, Tom Defillet, Koen Titeca, Geert Gunst, Karolina Kindt en Bart Rens*

Deze bijdrage beschrijft de ervaringen en resultaten van een proefproject waarbij op basis van wetenschappelijke literatuur een interventie werd ontwikkeld voor alcoholgebruik bij patiënten die zich aanmelden op de spoeddienst van een algemeen ziekenhuis. Deze interventie bestaat uit een screening, een kort feedbackgesprek en een eventuele doorverwijzing naar de alcohol- en drugshulpverlening (SBIRT). Het proefproject toonde aan dat er heel wat factoren zijn die de implementatie van dergelijke interventies kunnen belemmeren. Het gaat dan om zowel organisatorische, personeels- als patiënt-gerelateerde factoren. Sensibiliseren van het spoedpersoneel over het nut en de meerwaarde van screening en kortdurende interventies op spoeddiensten vormt hiertoe een eerste stap.

Inleiding

Deze bijdrage beschrijft de ervaringen en resultaten opgedaan in het kader van het project 'Alcoholinterventie op spoeddiensten' (2011-2013), gefinancierd door het Federaal Fonds ter bestrijding van verslavingen en gecoördineerd door Informatie over Drugs en Alcohol (iDA vzw). De Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD

* D. Möbius is stafmedewerker lokaal beleid/studie en onderzoek bij de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen te Brussel. E-mail: david.mobius@vad.be.

T. Defillet is stafmedewerker hulpverlening bij de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen te Brussel.

K. Titeca is psychiater bij AZ Groeninge Kortrijk, campus Vercruysselaan te Kortrijk.

G. Gunst is hoofdverpleegkundige spoeddienst bij AZ Groeninge Kortrijk, campus Vercruysselaan te Kortrijk.

K. Kindt is spoedarts bij AZ Sint-Maarten, campus Rooienberg te Duffel.

B. Rens is hoofdverpleegkundige spoeddienst bij AZ Sint-Maarten, campus Rooienberg te Duffel.

vzw) en FEDITO Bruxelloise stelden zich tot doel om op basis van wetenschappelijke literatuur een interventie te ontwikkelen voor alcoholgebruik bij patiënten die zich aanmelden op de spoeddienst. De bedoeling van het project was het uittesten van de werkbaarheid en aanvaardbaarheid in de context van Belgische spoeddiensten.¹ Het project werd geëvalueerd aan de hand van een analyse van de ingevulde screeningsvragenlijsten, een bevraging van het patiëntenperspectief en een voor- en nameting bij de personeelsleden van de deelnemende spoeddiensten, aangevuld met diepte-interviews afgenomen bij de hoofdverpleegkundigen.

WAAROM INTERVENIËREN OP SPOEDDIENSTEN?

Prevalentiestudies tonen aan dat een aanzienlijk deel van de patiënten (10-18%) die terechtkomen op spoeddiensten, onder invloed van alcohol zijn of in hun dagdagelijkse leven negatieve gevolgen ondervinden van hun alcoholgebruik (Borges e.a., 1998; Cherpitel, 1993; World Health Organization, 2007). Exacte prevalentiecijfers voor Belgische spoeddiensten ontbreken echter. Interventies uitgevoerd op spoeddiensten die een duidelijke link leggen tussen het drinkgedrag van de patiënt en de reden van opname, kunnen succesvol zijn in het verminderen van de alcoholconsumptie en toekomstige alcoholgerelateerde problemen (Academic ED SBIRT Collaborative, 2007; Conigrave e.a., 1991). De meest effectieve manier om dit te bereiken is via de implementatie van een screeningsprocedure, kortdurende interventie (KI) en eventuele doorverwijzing naar de gespecialiseerde hulpverlening (Nilsen e.a., 2008; World Health Organization, 2007). Dit soort interventies worden in de literatuur beschreven en geconceptualiseerd onder de noemer SBIRT, een acroniem voor 'screening (S), brief intervention (BI), and referral to treatment (RT)'.

Grootschalige meta-analyses, quasi-experimenteel onderzoek en cohortstudies tonen alle aan dat het SBIRT-proces effectief kan zijn in het verminderen van toekomstige alcoholgerelateerde verwondingen, de hoeveelheid en frequentie van alcoholconsumptie en het aantal opnamen op spoeddiensten (Smith e.a., 2003; Dinh-Zarr e.a., 2004;

1 Recentelijk werden in Den Haag de resultaten gepresenteerd van een random gecontroleerd onderzoek bij meer dan twintigduizend gescreende patiënten bij de spoedeisende hulp van Medisch Centrum Haaglanden, dat aantoonde dat een korte interventie bij mensen met een hoge AUDIT-score een sterk effect had op de alcoholconsumptie na drie maanden. Zie <https://www.mchaaglanden.nl/home/laatste-nieuws/goede-resultaten-alcoholscreening-op-seh-van-mch-westeinde.htm>.

Moyer e.a., 2002; D'Onofrio & Degutis, 2002; Miller & Wilbourne, 2002; Love e.a., 2008; Crawford e.a., 2004; Nilsen e.a., 2008; Bernstein e.a., 2009; Agerwala & McCance-Katz, 2012). Uit een systematische review uit 2011 blijkt bovendien dat de meeste patiënten op spoeddiensten er geen probleem mee hebben een SBIRT-procedure met betrekking tot alcohol te doorlopen (Pedersen e.a., 2011).

Screening, kortdurende interventie en doorverwijzing op spoeddiensten

SCREENING

Alcoholscreening maakt duidelijk of het drinkgedrag van een patiënt al dan niet riskant is en een KI noodzakelijk maakt. Bovendien kan screening een eerste indicatie geven over de ernst van het probleem en of nadere assessment aangewezen is. Deze informatie is uiterst belangrijk, met het oog op het verdere verloop van de interventie op maat van de patiënt.

De laatste jaren werd een brede waaier aan screeningsmethoden voor riskant of problematisch alcoholgebruik ontwikkeld. De meeste van deze instrumenten behalen in vergelijkende onderzoeken een acceptabel - en in sommige gevallen zelfs een opmerkelijk hoog - niveau van sensitiviteit en specificiteit, ten opzichte van meer complexe onderzoeksmethoden naar overmatig drinken en alcoholgerelateerde stoornissen (Coulton e.a., 2009). Om het geschikte instrument te kiezen, is het niet enkel belangrijk om te kijken naar de zuivere testresultaten (zoals de sensitiviteit en specificiteit van de instrumenten). Zeker zo belangrijk is het om andere belemmerende en bevorderende factoren (zoals het gebruiksgemak of aanvaardbaarheid van de instrumenten in de specifieke context van de spoeddienst) mee te laten wegen (Cunningham, 2009). Dit waren dan ook belangrijke aspecten waaraan het project 'Alcoholinterventie op spoeddiensten' tegemoet wilde komen.

KORTDURENDE INTERVENTIES EN DOORVERWIJZING

KI's bestaan in het algemeen uit één of enkele interventies van 5-30 minuten gegeven door een arts, verpleger, psycholoog of sociaal werker. KI's kunnen gebaseerd zijn op verschillende therapeutische technieken. Doorgaans wordt gebruik gemaakt van een combinatie van een kort advies, op motiverende gespreksvoering geënte gesprekstechnieken en overige beknopte procedures (zoals het geven van feedback over de fysieke conditie van de patiënt). De centrale gedachtegang achter de implementatie van KI's op spoeddiensten is dat de opname op een spoeddienst voor een patiënt een aanzet kan zijn om tot ge-

ragsverandering te komen (ofwel een leermoment; Moyer e.a., 2002, Kaner e.a., 2009, McQueen e.a., 2011). Dit kan door bijvoorbeeld te zorgen voor doorverwijzing naar de gespecialiseerde hulpverlening of met voorlichtingsmateriaal afgestemd op de mate van alcoholgebruik van de patiënt (Higgins-Biddle e.a., 2009). Het merendeel van de onderzoeken naar kortdurende interventies wijzen uit dat KI's minder effectief zijn voor patiënten die te kampen hebben met alcoholafhankelijkheid (Kaner e.a., 2009; Moyer e.a., 2002). Daarom wordt aangeraden om deze patiënten door te verwijzen naar gespecialiseerde hulpverlening (Willenbring & Olson, 1999; Rubinsky e.a., 2010).

Uit een review van KI's op spoeddiensten van de hand van D'Onofrio en Degutis (2002), aangevuld met meer recent fundamenteel wetenschappelijk onderzoek, blijkt dat er voldoende evidentie is - zowel wat betreft de potentiële effectiviteit (Dinh-Zarr e.a., 2004; Crawford e.a., 2004; Longabaugh e.a., 2001; Monti e.a., 1999; Gentilello e.a., 1999) als de kosteneffectiviteit (Barrett e.a., 2006; Gentilello e.a., 2005) - om KI's in de klinische praktijk van spoeddiensten op te nemen. Wel is het zo dat de intensiteit van de onderzochte KI's vaak verschilt, gaande van zeer minimale interventies tot meer intensieve leefstijltraining (Coulton e.a., 2009). Hierdoor is het niet mogelijk om de kwaliteit van deze specifieke interventies onderling te vergelijken (Nilsen e.a., 2008).

Onderzoek van Daeppen e.a. (2010) suggereert dat het motivationele aspect van de interventie het belangrijkste onderdeel van de KI vormt. De onderzoekers vinden dan ook dat KI's vooral op dit aspect moeten focussen, eerder dan op andere componenten (zoals het geven van feedback).

Alcoholinterventie op spoeddiensten in België

BEVORDERENDE EN BELEMMERENDE FACTOREN

Om eventuele barrières te overwinnen, is het organiseren van een training voor alle relevante personeelsleden van doorslaggevend belang (Johnson e.a., 2010). Eerder dan de kennis van de problematiek zelf is de houding van het personeel om iets aan de alcoholproblematiek te doen van essentieel belang voor het welslagen van de interventie. Concreet betekent dit dat een belangrijk aspect van de personeelstrainingen bestaat uit motivationele gespreksvoering binnen het FRAMES-

kader.² Dit zorgt ervoor dat het gesprek kan plaatsvinden op een niet-bedreigende, ondersteunende manier en dat de patiënt zich minder ongemakkelijk of beschaamd voelt om over het alcoholgebruik te praten.

Voor aanvang van de implementatie van de testfase kreeg het spoedpersoneel dan ook een halve dag training waarin deze aspecten centraal stonden.

FASE 1: UITGEBREIDE INTERVENTIE

Op basis van internationale wetenschappelijke literatuur en na afstemming met een expertengroep werd ervoor gekozen om tijdens het eerste projectjaar (2011) een screeningsinstrument te ontwikkelen, gebaseerd op de Paddington Alcohol Test (PAT) en aangevuld met een vraag over het weekgebruik³ (Patton e.a., 2004; Touquet & Brown, 2009; zie bijlage 1). Afhankelijk van de scores (laag, matig of hoog risico) die patiënten op dit instrument behaalden, werd een KI aangeboden. Deze interventie werd uitgetest in een Brussels ziekenhuis (CHU Saint Pierre), drie Vlaamse ziekenhuizen (AZ Sint-Maarten campus Rooienberg, ZNA Stuivenberg Antwerpen en AZ Groeninge Kortrijk) en drie Waalse ziekenhuizen (CHR Namur en CHR Liège in Wallonië en Brussel). De Vlaamse ziekenhuizen werd gevraagd om gedurende minimaal een maand patiënten die zich aanmeldden op de spoeddienst te screenen op hun alcoholgebruik.

- 2 De inhoud van de meeste kortdurende interventies is samen te vatten met het acroniem FRAMES (Miller & Rollnick, 2002; Van Emst, 1997): Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathy en Self-efficacy.
- 3 De eerste drie vragen van het ontwikkelde instrument zijn afkomstig uit de AUDIT-C, een verkorte vragenlijst die gebaseerd is op de volledige AUDIT. De AUDIT bestaat uit tien vragen en werd door de World Health Organization ontwikkeld en gevalideerd. Zowel de AUDIT als de AUDIT-C werden getest in spoeddiensten. De AUDIT-C wordt als een van de beste korte instrumenten beschreven. Een nadeel van de AUDIT-C is echter dat valspositieven niet uitgesloten kunnen worden. De Paddington Alcohol Test (PAT) werd ontwikkeld in 1996 en is pragmatisch gegroeid tot een instrument bruikbaar voor het personeel van spoedafdelingen om patiënten te screenen op hun alcoholgebruik. De PAT is een hulpmiddel om de link te leggen tussen de reden van aanmelding op de spoedafdeling en alcoholmisbruik. Eerder onderzoek toont aan dat het maken van deze link ervoor zorgt dat minder patiënten zich later opnieuw moeten aanmelden op de spoedafdeling. Nadeel voor gebruik van de PAT is dat deze speciaal ontwikkeld werd voor gebruik in Groot-Brittannië. Consumptiehoeveelheden zijn bijvoorbeeld uitgedrukt in 'cans' of 'pints', wat het scoren moeilijk maakt in Belgische context. Daarom werd de PAT enigszins aangepast, om gebruik in de Belgische context mogelijk te maken (Modified Paddington Alcohol Test ofwel M-PAT).

Op basis van het screeningsresultaat werd een gepaste follow-up-interventie toegepast:

- laag risico: kort advies en infokaartje;
- matig risico: korte interventie en infokaartje;
- hoog risico: korte interventie, doorverwijzing naar gespecialiseerde hulpverlening en infokaartje.

Alle patiënten die zich tijdens de testperiode op de spoeddienst aanmeldden werden in principe gescreend, met uitzondering van:

- patiënten met acuut levensbedreigende aandoeningen;
- patiënten die agressief of niet aanspreekbaar waren (al dan niet vanwege de intoxicatie);
- minderjarige patiënten (als zij zich aanmeldden op de spoeddienst terwijl ze onder invloed van alcohol waren, was dit steeds een indicatie om door te verwijzen).

De testfase legde enkele pijnpunten bloot, waardoor geconcludeerd moest worden dat de ontwikkelde interventie niet breed implementeerbaar was in Belgische context. Tijdens de testfase werden in Vlaanderen 194 patiënten aangesproken. De duurtijd van de interventie bedroeg gemiddeld elf minuten. Maar liefst 91,5% van deze patiënten die deelnamen aan de evaluatie gaf aan het (helemaal) niet erg te vinden dat er op de spoeddienst naar hun alcoholgebruik gevraagd werd. Het personeel van de deelnemende spoeddiensten stond echter minder positief tegenover het implementeren van de interventie. In overeenstemming met wat in vergelijkbare buitenlandse studies is beschreven, kan ook voor dit project gesteld worden dat met name tijdgebrek (werkdruk, personeelstekort) een barrière vormde om tot structurele implementatie over te gaan: zo vond 86% van de respondenten het moeilijk om de interventie naast hun dagdagelijkse bezigheden uit te voeren.

Ook het ontbreken van bepaalde interpersoonlijke vaardigheden (onzekerheid over de rol van het personeel met betrekking tot het uitvoeren van de interventie, moeite om het thema alcohol ter sprake te brengen) oefende een belangrijke invloed uit op de aanvaardbaarheid en de haalbaarheid van deze interventie. Zo gaf het spoedpersoneel aan dat het afnemen van de screening nog enigszins haalbaar is, maar dat voor de kortdurende interventie een soort liaisonteam nodig is.

Wanneer er werd gepolst welke aanpassingen de personeelsleden zouden doorvoeren aan de interventie, werd vooral het tijdsaspect aangehaald: de interventie zou korter moeten duren en vereenvoudigd moeten worden (korte bevraging; bijvoorbeeld één vraag, met zeer kort

advies). Ook de vraag om extra gespecialiseerd personeel, de suggestie om de interventie door externen te laten uitvoeren en het vervangen van de feedbackkaart door een brochure werden genoemd. Verder viel op dat door het project een dynamiek rond alcoholproblematiek op gang kwam in de verschillende diensten van eenzelfde ziekenhuis.

FASE 2: MINIMALE INTERVENTIE

De genoemde suggesties waren in overeenstemming met de in de loop van de testfase gepubliceerde resultaten van de SIPS-studie (Screening and Intervention Programme for Sensible drinking; Drummond & Deluca, 2012). Hierin werd geconcludeerd dat de Modified Single Alcohol Screening Question (m-SASQ) het meest efficiënte instrument is binnen de spoeddienst. Tevens zag men dat het aandeel van riskante drinkers na een minimale screening en minimale interventie (feedback en patiëntenfolder) evenveel of meer afnam als na het uitvoeren van een uitgebreide kortdurende interventie en leefstijltraining.

Op basis van de hiervoor besproken evaluatieresultaten en met de conclusies van de SIPS-studie in het achterhoofd, werd een nieuwe minimale interventie ontwikkeld: screening via de M-SASQ, gevolgd door feedback en het meegeven van een informatiefolder (zie bijlage 2).

Deze interventie werd in 2013 uitgetest in drie Franstalige ziekenhuizen (CHU Saint-Pierre te Brussel, CHR Liège te Luik en CHR Namur te Namen) en twee Vlaamse ziekenhuizen (AZ Sint-Maarten te Duffel en AZ Groeninge Kortrijk). In Vlaanderen werden in totaal 2.775 patiënten gescreend, waarvan een vijfde positief scoorde (554) en aldus de informatiefolder meekreeg. In de drie Franstalige ziekenhuizen werden 1.740 patiënten gescreend.

Het personeel van de betrokken spoeddiensten was over het algemeen van oordeel dat het uitvoeren van deze interventie haalbaarder was dan de uitgebreidere interventie. Ook de informatiebrochure voor patiënten werd als positief geëvalueerd.

DRAAIBOEK

Het beschreven project resulteerde in het draaiboek *Een gesprek over alcohol. Een korte interventie op de spoeddienst* (Möbius & Defillet, 2013).⁴ In dit draaiboek wordt uitgelegd wat de voordelen van dergelijke interventies zijn en worden de twee stappenplannen gegeven. Afhankelijk

4 Zie <http://www.vad.be/materiaal/draaiboekenrichtlijnen/een-gesprek-over-alcohol---korte-interventie-op-spoeddienst.aspx>.

van de haalbaarheid binnen de context van de spoeddienst, kan er zo-
doende gekozen worden voor een screening met korte feedback en
een informatiefolder of voor meer uitgebreide interventie.

Conclusie en toekomst

De bestaande evidenties en de hoge prevalentie van patiënten met al-
coholgerelateerde problemen op spoeddiensten, maken van deze set-
ting de ideale plaats om SBIRT te implementeren. Met name de erva-
ring van een spoedopname kan ervoor zorgen dat patiënten ontvanke-
lijk zijn voor zulke interventie. Er zijn echter heel wat factoren die de
implementatie ervan kunnen bemoeilijken of zelfs in de weg staan.

Het gaat dan om zowel organisatorische, personeels- als patiëntgere-
lateerde factoren, zoals een gebrek aan tijd (door werkdruk of per-
soneelstekort), waardoor het moeilijk is voor het personeel om extra
taken en verantwoordelijkheden op zich te nemen. Ook het ontbreken
van interpersoonlijke vaardigheden (onzekerheid over de rol van het
personeel om de interventie uit te voeren en angst voor negatieve reac-
ties van patiënten) en een gebrek aan ondersteunend beleid (financiële
en bestuurlijke steun) spelen een belangrijke rol. De verantwoordelijk-
heid over de interventie dient immers te liggen bij de verschillende
disciplines die een rol kunnen spelen bij het aanpakken van alcohol-
problemen; dus niet enkel bij het verpleegkundig personeel. Sensibili-
seren van het spoedpersoneel over het nut en de meerwaarde van
screening en KI's op spoeddiensten is hierbij een eerste stap.

Daarnaast is het belangrijk dat er meer aandacht komt voor alcohol-
problemen binnen algemene ziekenhuizen. Hiervoor dient een kli-
nisch zorgpad opgesteld te worden. Dit moet het mogelijk maken een
optimale aanpak te garanderen van patiënten die riskant drinken of te
kampen hebben met alcoholproblemen. We hebben gemerkt dat het
slagen van de implementatie ook sterk samenhangt met het al dan niet
hebben van een 'clinical leader' op het terrein.

Met deze overwegingen in het achterhoofd werd in 2014 gestart met
een proefproject waarin middelen worden voorzien om in één Vlaams
en één Franstalig ziekenhuis een 'liaison alcohol' aan te stellen. Deze
liaisonpersoon zal onder meer instaan voor het uitwerken van een
klinisch zorgpad alcohol in het algemeen ziekenhuis (AZ). De spoed-
dienst vormt, als belangrijke toegangspoort tot het AZ, een schakel
tussen patiënt, ziekenhuis, huisartsen en hulpverleningsorganisaties,
enzovoort. Daarbij moet de liaison snel adequate zorg ontsluiten, de
coördinatie tussen al dan niet gespecialiseerde afdelingen verbeteren

en patiënten (en hun omgeving) volledige informatie verschaffen over de verschillende mogelijkheden die ze hebben voor de aanpak van hun alcoholprobleem.

Summary

Through trial and error: tackling alcohol problems at the emergency department

David Möbius, Tom Defillet, Koen Titeca, Geert Gunst, Karolina Kindt & Bart Rens

This article describes the results and lessons learned from a pilot project in which - based on international scientific literature - an alcohol intervention for patients admitted to emergency departments was developed. This intervention contains a screening, short feedback and referral to specialist treatment (SBIRT). The pilot showed there are several impeding factors for effective implementation. These factors are organisational, staff and patient related. Sensitising staff on the purpose and added value of SBIRTs at emergency departments is an important first step towards effective implementation.

Literatuur

- Academic ED SBIRT Research Collaborative (2007). The impact of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) on emergency department patients' alcohol use. *Annals of Emergency Medicine*, 50, 699-710.
- Agerwala, S.M., Suneel, M. & McCance-Katz, E.F. (2012). Integrating screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) into clinical practice settings: a brief review. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44, 307-317.
- Barrett, B., Byford, S., Crawford, M.J., Patton, R., Drummond, D.C., Henry, J.A. & Touquet, R. (2006). Cost-effectiveness of screening and referral to an alcohol health worker in alcohol misusing patients attending an accident and emergency department: a decision-making approach. *Drug and Alcohol Dependence*, 81, 47-54.
- Bernstein, E., Topp, D., Shaw, E., Girard, C., Pressman, K., Woolcock, E. & Bernstein, J.A (2009). A preliminary report of knowledge translation: lessons from taking screening and brief intervention techniques from the research setting into regional systems of care. *Academic Emergency Medicine*, 16, 1225-1233.
- Borges, G., Cherpitel, C.J., Medina-Mora, M.E., Mondragón, L. & Casanova, L. (1998). Alcohol consumption in emergency room patients and the general po-

- pulation: a population based study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 1986-1991.
- Cherpitel, C.J. (1993). Alcohol consumption among emergency room patients: comparison of county/community hospitals and an HMO. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 432-440.
- Conigrave, K., Burns, F., Reznik, R. & Saunders, J. (1991). Problem drinking in emergency department patients: the scope for early intervention. *Medical Journal of Australia*, 154, 801-805.
- Coulton, S., Perryman, K., Bland, M., Cassidy, P., Crawford, M., Deluca, P., e.a. (2009). Screening and brief interventions for hazardous alcohol use in accident and emergency departments: a randomised controlled trial protocol. *BMC Health Services Research*, 9, 114.
- Crawford, M.J., Patton, R., Touquet, R., Drummond, C., Byford, S., Barrett, B., e.a. (2004). Screening and referral for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergency department: a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet*, 364, 1334-1339.
- Cunningham, R.M., Walton, M., Goldstein, A., Chermack, S.T., Shope, J.T., Bingham, C.R., e.a. (2009). Three-month follow-up of brief computerized and therapist interventions for alcohol and violence among teens. *Academic Emergency Medicine*, 16, 1193-1207.
- D'Onofrio, G. & Degutis, L.C. (2002). Preventive care in the emergency department: screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review. *Academic Emergency Medicine*, 9, 627-638.
- Daepfen, J.B., Bertholet, N. & Gaume, J. (2010). What process research tells us about brief intervention efficacy. *Drug and Alcohol Review*, 29, 612-616.
- Dinh-Zarr, T.B., Heitman, C., Roberts, E. & DiGuseppi, C. (2004). Interventions for preventing injuries in problem drinkers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3.
- Drummond, C. & Deluca, P. (2012). Alcohol screening and brief intervention in emergency departments. Effectiveness bank bulletin. Internet: http://findings.org.uk/count/downloads/download.php?file=drummond_c_11.txt (9 maart 2014).
- Emst, A. van (1997). *Problemen met alcohol*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Gentilello, L., Rivara, F., Donovan, D., Jurkovich, G., Daranciang, E., Cunn, C., Villaveces A., Copass, M. & Ries, R. (1999). Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. *Annals of Surgery*, 230, 473-483.
- Gentilello, L.M., Ebel, B.E., Wickizer, T.M., Salkever, D.S. & Rivara, F.P. (2005). Alcohol Interventions for trauma patients treated in emergency departments and hospitals. *Annals of Surgery*, 241, 541-550.
- Higgins-Biddle, J., Hungerford, D. & Cates-Wessel, K. (2009). *Screening and Brief Interventions (SBI) for unhealthy alcohol use: a step-by-step implementation guide for trauma centers*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Johnson, M., Jackson, R., Guillaume, L., Meier, P. & Goyder, E. (2010). Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse: a systematic review of qualitative evidence. *Journal of Public Health*, 33, 412-421.

- Kaner, E., Dickinson, H., Beyer, F., Pienaar, E., Schlesinger, C., Campbell, F., e.a. (2009). The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 28, 301-323.
- Longabaugh, R., Woolard, R.E., Nirenberg, T.D., Minugh, A.P., Becker, B., Clifford, P.R., e.a. (2001). Evaluating the effects of a brief motivational intervention for injured drinkers in the emergency department. *Journal of Studies on Alcohol and drugs*, 62, 806-816.
- Love, A.C., Greenberg, M.R., Brice, M. & Weinstock, M. (2008). Emergency department screening and intervention for patients with alcohol-related disorders: a pilot study. *Journal of the American Osteopathic Association*, 108, 12-20.
- McQueen, J., Howe, T.E., Allan, L., Mains, D. & Hardy, V. (2011). Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, 8.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change*. 2nd ed. Londen: Guilford Press.
- Miller, W.R. & Wilbourne, P.L. (2002). Mesa Gande: a methodological analysis of clinical trials of treatment for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265-277.
- Möbius, D. & Defillet, T. (2013). Een gesprek over alcohol. Een korte interventie op de spoeddienst (draaiboek). Internet: <http://www.vad.be/media/1395013/een%20gesprek%20over%20alcohol%20-%20een%20korte%20interventie%20op%20de%20spoeddienst.pdf> (13 maart 2014).
- Monti, P.M., Colby, S.M., Barnett, N.P., Spirito, A., Rohsenow, D.J., Myers, M., e.a. (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 989-994.
- Moyer, A., Finney, J.W., Swearingen, C.E. & Vergun P. (2002). Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97, 279-292.
- Nilsen, P., Baird, J., Mello, M.J., Nirenberg, T., Woolard, R., Bendtsen, P. & Longabaugh, R. (2008). A systematic review of emergency care brief alcohol interventions for injury patients. *Journal of Substance Abuse*, 35, 184-201.
- Patton, R. (2004). The Paddington Alcohol Test: a short report. *Alcohol and Alcoholism*, 39, 266-268.
- Pedersen, B., Oppedal, K., Eglund, L. & Tonnesen, H. (2011). Will emergency and surgical patients participate in and complete alcohol interventions? A systematic review. *BMC Surgery*, 11, 11-26.
- Rubinsky, A.D., Kivlahan, D.R., Volk, R.J., Maynard, C. & Bradley, K. (2010). Estimating risk of alcohol dependence using alcohol screening scores. *Drug and Alcohol Dependence*, 108, 29-36.
- Smith, A.J., Hodgson, R.J., Bridgeman, K. & Shepherd, J.P. (2003). A randomized controlled trial of a brief intervention after alcohol-related facial injury. *Addiction*, 98, 43-52.
- Touquet, R. & Brown, A. (2009). PAT (2009) revisions to the Paddington Alcohol Test for early identification of alcohol misuse and brief advice to reduce emergency department re-attendance. *Alcohol and Alcoholism*, 44, 284-286.

- World Health Organization (2007). Alcohol and injury in emergency departments. Internet: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_injury_summary.pdf (7 maart 2014).
- Willenbring, M.L. & Olson, D.H. (1999). A randomized trial of integrated outpatient treatment for medically ill alcoholic men. *Archives of Internal Medicine*, 159, 1946-1952.

Bijlage 1. Modified Paddington Alcohol Test (M-PAT)

a. Voer de screening uit bij volgende aandoeningen - omcirkel wat van toepassing is

- | | | |
|---|--------------------------------------|------------------------|
| 1. val (incl. struikelen) | 2. collaps (incl. stuipen) | 3. hoofdletsel |
| 4. geweld(pleging) | 5. ongeval | 6. onwel (onpasselijk) |
| 7. gastro-intestinaal | 8. cardiaal (incl. pijn op de borst) | 9. frequente bezoeker |
| 10. psychiatrisch (incl. zelfverminking en overdosis) verduidelijk a.u.b. | | |

b. Klinische tekenen van alcoholgebruik

c. Bloed-alcohol-concentratie (directe doorverwijzing vanuit reanimatiekamer als BAC > 80 mg/100 ml)
BAC =mg/100 ml

Ga enkel verder wanneer de reden voor de opname van de patiënt werd aangepakt

'Patiënten die zich op de spoeddienst aanmelden met ... (zie omcirkelde aandoening) ... vragen we steeds om enkele vragen over hun alcoholgebruik te beantwoorden'

1. Hoe vaak drink je alcohol?

nooit	1 keer per maand of minder	2 tot 4 keer per maand	2 tot 3 keer per week	4 keer per week of meer
0 screening eindigt hier	1	2	3	4 mogelijkheid tot afhankelijkheid neem benzodiazepine en thiamine in overweging

2. Wanneer je drinkt, hoeveel (standaard)glazen drink je dan gewoonlijk op een dag?

1 of 2	3 of 4	5 of 6	7 tot 9	10 of meer
0	1	2	3	4

Gebruik de volgende richtlijnen om het totaal aantal consumpties per dag te schatten (tussen haakjes staan de maten van standaardglazen zoals meestal gebruikt in de horeca; hou er rekening mee dat de maten die thuis gebruikt worden vaak driemaal zo hoog zijn)

bier/pils			
standaardglas 25 cl (1)	<input type="checkbox"/> blikje 33 cl (1,5)	<input type="checkbox"/> blikje 50 cl (2)	<input type="checkbox"/>
sterke bieren/streekbieren (8%)			
standaardglas 33 cl (2)	<input type="checkbox"/> blikje 50 cl (3)	<input type="checkbox"/> 750 ml fles (4,5)	<input type="checkbox"/>
wijn (12%)			
standaardglas 10 cl (1)	<input type="checkbox"/> 750 ml fles (7,5)	<input type="checkbox"/>	
versterkte wijnen (sherry, port, martini, ...)			
standaardglas 5 cl (1)	<input type="checkbox"/> 750 ml fles (12)	<input type="checkbox"/>	
sterke dranken (gin, wodka, whisky, ...)			
standaardglas 3,5 cl (1)	<input type="checkbox"/> 750 ml fles (23)	<input type="checkbox"/>	
alcopops (10%)			
flesje 20 cl (1,5)	<input type="checkbox"/> flesje/blikje 33 cl (2,5)	<input type="checkbox"/>	
algemeen totaal:	<input type="checkbox"/>		

3. Hoe vaak gebeurt het dat je zes of meer standaardglazen drinkt bij één enkele gelegenheid?

nooit	1 keer per maand of minder	maandelijks	wekelijks	(bijna) dagelijks
0	1	2	3	4

totaalscore AUDIT-C (Q1 + Q2 + Q3) =

4. Ben je van mening dat jouw opname op de spoeddienst in verband staat met alcohol?

ja	neen

handtekening doorverwijzer

naam/stempel

datum

Bijlage 2. Protocol screening met korte feedback

